Ueber
Hyperemesis gravidarum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Moses Rodin

aus Kiew, Russland.

Stanford University Library AUG 22 1908

BASEL

Friedrich Reinhardt, Universitätsbuchdruckerei

1907.

Ueber
Hyperemesis gravidarum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

Moses Rodin

aus Kiew, Russland.

BASEL
Friedrich Reinhardt, Universitätsbuchdruckerei
1907.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberhyperemesis0000mose

Dem Andenken

meines Vaters

Schon von Beginn ab verursacht die Schwangerschaft kleinere oder grössere Störungen des Wohlbefindens, die jedoch meist unbedeutend und vorübergehend sind. Auf die Stoffwechselveränderung und die Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte im Blute, welche die Gravidität mit sich bringt, reagiert im gewissen Grade und mit einer gewissen Häufigkeit das Nervensystem. Erhöhte Erregbarkeit, Gemütsverstimmungen, Reizungen der Sinnesnerven, besonders der Geschmacks- und Geruchsnerven, die sich in Form von Gelüsten und Idiosynkrasien äussern, abnorme Reflexe in den Gebieten der Bauchgeflechte des Sympathicus, des Vagus und Nervi splanchnici, die zum morgendlichen Erbrechen und zum Asthma der Schwangeren führen, ferner Neuralgien auf den verschiedensten peripheren Bahnen, sind etwas ziemlich Alltägliches und als vorübergehende Zustände ohne Belang. Eine oder die andere dieser Störungen kann sich jedoch zu einer wirklichen Krankheit steigern und eine ernste Bedeutung gewinnen, wenn sie sich auf dem geschwächten Boden eines erblich belasteten, oder sonstwie geschädigten Nervensystems entwickeln. Solches gilt in erster Linie von dem Erbrechen der Schwangeren, welches gelegentlich in so schweren Formen auftritt, dass der Tod eintritt. Die klinischen Symptome der schweren Hyperemesis gravidarum lassen sich in folgendem Bilde schildern: „Die anfangs nur sehr mässige Brechneigung steigert sich zuweilen allmählich so, dass nicht nur alle und jegliche Nahrung sofort wieder ausgebrochen wird, sondern auch bei leerem Magen ein beständiges Auswürgen schleimiger oder galliger Massen stattfindet. Zu dem Erbrechen gesellen sich bald Schmerzen in der Magengegend und brennender Durst, später wird die Zunge trocken, der Atem übelriechend, der Urin spärlich und eiweisshaltig, dann fängt auch das

Allgemeinbefinden an zu leiden, die Kräfte und das Körpergewicht der Frauen nehmen rapide ab und nach einigen Wochen kann unter völligem Kräfteverfall, zuweilen bei Fieber und Delirien der Tod eintreten.“

Das Auftreten des Leidens ist nicht an eine bestimmte Zeit der Schwangerschaft gebunden. Es beginnt meistens in den ersten Monaten entweder ganz allmählich in seinem gefährlichen Zustande ansteigend, oder sofort heftig einsetzend, um oft nach kurzer Zeit wieder zu verschwinden. Die letalen Fälle enden gewöhnlich nach 2—3 Monaten, wobei der letale Ausgang erfolgen kann, ohne dass die Schwangerschaft unterbrochen wird; doch kann im letzten Stadium die Ausstossung der Frucht erfolgen. Das Erbrechen hört hierdurch manchmal auf, ohne dass jedoch der letale Ausgang verhindert wird. Ist einmal das fieberhafte Inanitionsstadium eingetreten, so bleibt jede Therapie ohne Erfolg. Glücklicherweise kommen solche schweren Fälle von Hyperemesis nur ausnahmsweise und selten vor. In der Regel folgen oft nach schlimmen Tagen und Wochen bei einer entsprechenden Behandlung wiederum eine bessere Zeit. Die Frauen erholen sich und kommen schliesslich, wenn auch geschwächt, über die ersten Monate hinweg. Sie machen sodann eine normale Schwangerschaft durch.

Über Ätiologie und Ursachen des unstillbaren Erbrechens stehen wir bis jetzt im Dunklen. Der Streit über die Ursachen der Hyperemesis dauert fort. Die alten Hypothesen finden auch heute nach wie vor ihre Anhänger, neue werden fast alljährlich aufgestellt. Allgemeine Anerkennung hat bisher keine einzige gefunden. Wie verschieden die Ansichten über die Ursache des Erbrechens sind, können wir aus den neuerdings aufgestellten Hypothesen ersehen, welche in der ziemlich umfangreichen Literatur über Hyperemesis gravidarum eingehend auseinandergesetzt worden sind. Viele betrachten das übermässige Erbrechen der Schwangeren als ein Zeichen von Magen- resp. Darmerkrankungen, andere erklären es als Folge einer Krankheit der Genitalien, viele halten es wieder für Neurasthenie oder für Hysterie. Auch auf eine Intoxikation

des Organismus wird diese Erkrankung zurückgeführt. Besonders das hochgradige, krankhafte Erbrechen will man in dieser Weise erklären. Endlich gibt es viele, die das Erbrechen ebenso wie die übrigen Zeichen und Erscheinungen, welche mit der Schwangerschaft verbunden sind, als einfache Reflexneurose betrachten, die im kranken Körper gefährlich, anhaltend und beständig, im gesunden aber leicht und vergänglich sind.

Die zahlreichen Theorien über das Wesen der Hyperemesis gravidarum lassen sich am leichtesten überblicken, wenn wir sie danach einteilen, wie ihre Begründer die Ursache der Erkrankung auf eine bestimmte Organerkrankung zurückführen.*)

A. *I. des Uterus*

a) Rigidität der Cervix	*Kehrer, Bretonneau*
b) Erosionen	*Bennet, Sänger, Larig*
c) Endometritis decidua	*Veit*
d) Abnorme Ausdehnung des Uterus	*Mannes, Windscheid*
e) Längeveränderungen	*Davis, Noble, Audebert*
f) Perimetrische Adhäsionen . .	*Lomer*
II. des Peritoneums . .	*Horwitz, Tuszkay*
III. der Adnexe	*Frank*
IV. der Leber und Nieren	*Matthews, Dunkan, Pinard*
V. des Magen- und Magendarmkanals	*Frommel, Monin, Muret*
VI. des Blutes, Anämie .	*Frank, Erismann*
VII. des Zentralnervensystems	*Ahlfeld, Chazan, Schäfer, Kaltenbach, v. Herff, Doleris*
VIII. des N. Sympathicus .	*Barth*

B. *Eine Intoxikation des Organismus, ausgehend*

1. vom Magendarmkanal *Dirmoser, Lindemann, Condamin*
2. „ Salzmangel d. Nahrung *Antonchewitz*
3. „ Ei *Behm, Veit*

*) Nach Baisch.

C. *Eine reflektorisch erzeugte Neurose*

und zwar eine reflektorisch von Genitalien ausgelöste:

1. *Kontraktur der Brechmuskeln* — *Kehrer*
2. *Eine von Uterus und den Genitalien ausgelöste Magenneurose* — *Moody, Gunther, Davis, Schröder, Müller*
3. *Eine vom Darm ausgelöste Neurose* — *Geoffroy*
4. *Eine erhöhte Reflexerregbarkeit in der Gravidität* — *Ahlfeld, Davis, Klein, Schäfer*

D. *Eine bakterielle Infektion . . . Fischel.*

Die Einseitigkeit und Unzulänglichkeit der Mehrzahl dieser Theorien fällt ohne weiteres in die Augen und sie erklärt sich aus der Tatsache, dass fast stets aus der in einzelnen Fällen erfolgreichen Therapie, Schlüsse auf die Ätiologie der Erkrankung und verallgemeinend auf die Ursache der Hyperemesis überhaupt gezogen werden. Verschwand das Erbrechen auf die Heilung von Cervixrissen und Erosionen, so galten letztere als Ursache; aus der günstigen Wirkung von Magenspülungen und Darmeinläufen wurde auf eine Intoxikationskrankheit geschlossen usw.

Betrachten wir nur in kurzen Auszügen bezüglich dieses Erbrechens die Hypothesen, welche als neueste Annahmen, schon ihrer Neuheit wegen Aufmerksamkeit verdienen.

Fischel war der erste, der die Frage betreffs des myasmatischen Ursprungs der Hyperemesis aufgerollt hat. Er reiht sie in die Klasse der myasmatischen kontagiösen Krankheiten ein, da er sie zufällig bei zwei in demselben Hause wohnenden Schwangern auftreten sah. Hier ist wohl eine suggestive Einwirkung zu vermuten; wird in der Literatur doch sogar ein Fall beschrieben, wo der Mann jeden Morgen mit seiner Frau zusammen brach.

Lindemann nahm, nachdem ihm bei Untersuchung der Organe einer an Hyperemesis verstorbenen Frau die parenchymatöse Degeneration der Leber und Nieren aufgefallen war, das Eindringen eines Toxins an.

Giordani, der zwei Patientinnen mit Hyperemesis behandelte, deren Mütter an Karzinom gestorben waren, schloss aus dieser rein zufälligen Tatsache, dass vielleicht eine Disposition zu Karzinom ätiologisch eine Rolle spielt. Endlich um andere nichtssagende Theorien zu übergehen, wenden wir zuerst unsere Aufmerksamkeit der ersten Gruppe zu, die die Ursache der Hyperemesis auf eine Uteruserkrankung zurückführt.

In jüngster Zeit wurde in der Literatur von Kehrer ein Fall von sehr hartnäckigen, durch die üblichen Mittel unstillbarem Erbrechen bei einer Schwangeren veröffentlicht, in welchem durch die zum Zwecke der Abortleitung wegen Enge und Derbheit des Mutterhalses vorgenommene Cervixtamponade das Erbrechen zum Stillstand brachte. Auf Grund dieses augenfälligen Erfolges der Cervixtamponade und des bei der in 33 Wochen eingeleiteten Frühgeburt erhobenen Befundes, glaubt Kehrer in diesem Falle die Rigidität der Portio vaginalis als Ursache des Erbrechens aussprechen zu dürfen; wie er überhaupt geneigt ist anzunehmen, dass in jedem einzelnen Falle eine greifbare Affektion der Genitalien, wo nicht des Magendarmtraktus, diese Anomalie hervorrufe. In diesem Sinne formuliert er auch die Forderungen der Therapie; er sucht zwar durch geeignete Mittel die Erregbarkeit des Gesamtnervensystems herabzusetzen, sieht aber die erste Aufgabe der Therapie in der Beseitigung des örtlichen Leidens, im speziellen Falle, und zwar bei Rigidität der Cervix durch Cervixtamponade, allerdings erst nachdem alle gebräuchlichen symptomatischen Mittel sich als erfolglos erwiesen haben.

Früher, vor Kehrer, betrachtet Schröder die Erkrankung des Uterus als Ursache der Hyperemesis gravidarum. In seinem Lehrbuche der Geburtshilfe sagt er: „Manche Erfahrungen sprechen für Endometritis, andere für Fixation des Uterus bei Adhäsionen oder mechanischen Ausdehnungen der Uterushöhle; auch besonders häufig scheint das Erbrechen aufzutreten, wo die passiven Ausdehnungen des Uterus durch das ungewöhnlich stark wachsende Ei (Hydramnion, Zwillinge) das aktive Wachstum des Uterus überwiegt. Auch durch

zufällig komplizierende Magenkrankheiten werde das Erbrechen hervorgerufen. In der grössten Anzahl der Fälle — fügt er hinzu — sei es aber eine vom Uterus ausgehende Reflexneurose, gerade wie das viel seltenere Asthma gravidarum."

Noch allgemeiner spricht sich P. Müller aus. In seinem „Handbuch für Geburtshülfe" Bd. II, p. 913, sagt er folgendes: „In ihrem sozusagen physiologischen Anlass und Beginn ist die Krankheit wohl als eine Reflexneurose anzufassen, deren eine pathologische Höhe erreichende Entwicklung auf verschiedene der Schwangerschaft vorangehende, prädisponierende Momente zurückzuführen ist. Als solche sind pathologische Veränderung am Uterus und seine Adnexe zu nennen, durch deren Restituierung in manchen Fällen das Leiden beseitigt ist. Störungen in andern Organen, namentlich im Darmtraktus sind auch häufig als die Ursachen desselben anzusehen."

Gegen die herrschende Ansicht, dass Hyperemesis gravidarum auf einer Genitalanomalie beruhe, spricht das öftere Vorkommen von Hyperemesis ohne gleichzeitige Erkrankung im Genitalapparat, die Erfolglosigkeit der Beseitigung einer Genitalerkrankung in anderen Fällen. In weitaus der Mehrzahl der Fälle von Hyperemesis und gerade in den schwersten lässt sich nicht die geringste Abnormität an den Genitalien nachweisen, ja eine solche sich sogar mit Bestimmtheit ausschliessen. Derselbe Einwand ist gegen alle die Versuche zu erheben, die bestimmte lokale Affektionen für das Auftreten der Hyperemesis gravidarum verantwortlich machen. Es mögen wohl in einzelnen Fällen solche vorhanden sein, noch häufiger fehlen sie und können daher nur als akzidentelle Komplikationen, die mit dem Wesen der Hyperemesis nichts zu tun haben, gedeutet werden.

Die grosse Gruppe der Erklärungsversuche, die mehr Beachtung verdient, fasst das Leiden als Reflexneurose auf (Bart, Moody, Geoffroy,) oder als gesteigerte nervöse Erregbarkeit der Schwangeren (Ahlfeld, Schäffer u. a.).

Nach Geoffroy soll Hyperemesis gravidarum die Folge einer Reflexkontraktur des Verdauungstraktus sein. Besonders

soll sich dieselbe am Pylorus an verschiedenen Stellen des Duodenums, vor allem aber an den Angulus ileopelvicus des Kolon lokalisieren. Die schmerzhafte Kontraktur an dieser Stelle ist nach der Ansicht des Verfassers das pathognomonische Zeichen einer reflektorischen Hyperastesie des Darms, welche als Krankheitserscheinung, Herzbeschwerden, einfache Übelkeit, unstillbares Erbrechen zur Folge hat.

Barth glaubt Hyperemesis als eine Sympathicusneurose erklären zu können. Der Uterus wird hauptsächlich vom N. Sympathicus, der um das Os uteri int. viele und grosse Äste hat, innerviert. Der stark ausgesprochene Ptyalismus bei einer Patientin mit zähem Sympathicussuptum spreche dafür, ebenso das Reflexerbrechen, das durch den N. Sympathicus und nicht durch die N. Vagi hervorgerufen werde

Die Ansicht, dass das Erbrechen auf reflektorischem Wege von dem Uterus ausgelöst wird, teilt auch Moody. Er führt dasselbe auf den durch den wachsenden Uterus auf die Nervenendigung ausgeübten Druck zurück. Vermittelst des Plexus hypogastricus und solar. soll auf reflektorischem Wege der Magen in Mitleidenschaft gezogen werden. Allmählich trete eine gewisse Gewöhnung des Nervensystems ein, so dass diese in einer folgenden Schwangerschaft weniger irritiert ist

Die Art und Weise, wie sich die meisten Vertreter dieser Anschauungen das Zustandekommen dieser Reflexneurosen vorstellen, ist nicht geeignet diese Hypothese annehmbar zu gestatten. Der Druck des wachsenden Uterus auf den N Sympathicus, oder die Beckenganglien (Moody) ist doch bei allen Schwangeren mehr oder weniger derselbe, zudem bei Tumoren zuweilen viel beträchtlicher als bei Graviden, ohne dass Erbrechen auftritt.

Schäffer, einer der Hauptvertreter der Theorie von der Reflexneurose, sieht die Ursache in der Blutfüllung der Genitalien und der dadurch bewirkten Anämie des Gehirns besonders bei Chlorotischen. – Es ist nicht zu leugnen, dass diese Ansicht den Vorzug konkreter Anschaulichkeit besitzt. Allein die Hyperemesis befällt auch ganz kräftige vollblutige Individuen, während zahllose Chlorotische niemals daran erkranken

Ahlfeld nimmt als Grund eine Steigerung, einer bei vielen Frauen in der Schwangerschaft bestehenden, durch die Schwangerschaft hervorgerufenen Reflexneurose an. Bei sensitiv reizbaren Frauen und chronischen Erkrankungen des Magen- und Darmtraktus steigern sich die Erscheinungen krankhaft und können unstillbares Erbrechen herbeiführen. Er sagt ausführlich folgendes: „Die Hyperemesis gravidarum soweit sie nicht auf Erkrankung des Magens etc. zurückzuführen ist, ausschliesslich als eine Folge der Hysterie aufzufassen, wie Kaltenbach will, dazu hat man keinen Grund. Ich sehe die Hyperemesis in der Regel als einen erhöhten Grad der durch Schwangerschaft herbeigeführten nervösen Reizbarkeit an. Mir liegen Beispiele vor, wo die betroffenen Bahnen weder vor noch nachher als hysterische zu bezeichnen waren. Die Auffassung als einer reflektorischen Neurose stimmt auch viel besser überein mit den in der Schwangerschaft fast gewöhnlich beobachteten Erscheinungen erhöhter Reizbarkeit."

Wir müssen wohl zugeben, dass diese Theorie, die an sich viele Anhänger zählt, eine gewisse wissenschaftliche Begründung zu haben scheint, es ist aber nicht einzusehen, weshalb die gesteigerte nervöse Reizbarkeit der Schwangeren nur bei relativ wenig Frauen eine so schwere Erkrankung, wie Hyperemesis gravidarum auslöst. In diesen Fällen müssen noch begünstigende Momente angenommen werden.

Besonderes Interesse verdient die Intoxikationstheorie, die von einer Gruppe Autoren in jüngster Zeit (von Behm, Willijams u. a.) aufgestellt wurde.

Dirmoser hält die Wirkung der Kohlenhydrate auf den Magen und die im Darmkanale stattfindende Verwesung der Eiweisstoffe, resp. die Aufsaugung dieser Zerfallprodukte für die Ursache der Hyperemesis. Er vermutet Produkte unvollkommenen Stoffwechsels, Indol, Scatol etc., als die toxisch wirkenden Substanzen. Neuerdings in einem Artikel, „vergleichende Betrachtungen über Hyperemesis und Eklampsie" nimmt Dirmoser an, dass Hyperemesis und Eklampsie in ihrer Ätiologie verwandt sind. Eine Beobachtung bei der sich im Verlaufe einer schweren Hyperemesis, die mit nephritischen

Erscheinungen, mit Fieber, Ikterus, reichlicher Acetonausscheidung u. a., verbunden war, eklamptische Anfälle hinzugesellten, bestärkte ihn in dieser Ansicht. Im weiteren betont er, dass die Obduktionsbefunde bei beiden Erkrankungen die gleichen, oder wenigstens ganz ähnliche Veränderungen in den parenchymatösen Organen ergeben haben, welche an das Bild einer chemischen Vergiftung oder Infektionskrankheit erinnern. — Dieser Auffassung stehen aber die exakten Stoffwechseluntersuchungen bei anderen Hyperemesis Fällen gegenüber, wo jede derartige Stoffwechselanomalie vermisst wurde.

Condamin hält das Erbrechen für die Wirkung der im Blute zirkulierenden Toxine.

Clivio kombiniert in seinen Mitteilungen die Theorien der Reflexneurose, der Hysterie und Autointoxikation, neigt sich jedoch am meisten der Autointoxikation zu.

Behm stellte eine neue Hypothese auf, nach welcher der Ursprung der Intoxikation das Ei selbst ist.

Diese Theorie erweckte grosses Interesse und wurde deshalb in neuester Literatur viel ventiliert. Sie verdient eingehender betrachtet zu werden.

Auf Grund des erbrachten Nachweises, dass schon von der frühesten Schwangerschaftszeit an Zottenteile, besonders Syncytium, in die mütterlichen Bahnen gelangen, führt er die Hyperemesis gravidarum auf eine syncytiale Intoxikation zurück. Den Übergang der einfachen Emesis in Hyperemesis gravidarum meist zwischen 3 - 5 Monaten, erklärt er damit, dass zu dieser Zeit nach völliger Ausbildung der Placenta an dem grössten Teil der Eiperipherie der Zottenwald zugrunde geht und die Epithelien des zugrunde gegangenen Zotten sich massenhaft leicht ablösen und so in den mütterlichen Kreislauf gelangen können. Mit vollständiger Entwicklung der Placenta, dem Aufhören des Zottenschwundes, ungefähr um die Mitte der Schwangerschaft, hört dann auch bei den meisten Schwangeren das Erbrechen auf. Für letztere Erscheinung zieht Behm ausserdem das Zustandekommen einer genügenden Immunität gegen diese Intoxikation, infolge der Reaktion des mütterlichen Organismus heran. Mit dieser erworbenen Immunität soll es auch

zusammenhängen, dass Mehrgebärende in der Regel nicht so häufig und so heftig unter der Hyperemesis zu leiden haben, wie Erstgebärende, da sie schon aus der ersten Schwangerschaft einen gewissen Grad von Immunität gegen diese Intoxikation besitzen würden. Der Grad derselben würde ferner bei Mehrgebärenden um so mehr abgeschwächt, je grösser die Zwischenräume zwischen je zwei Schwangerschaften sind.

Gegenüber der Immunität der Mehrgebärenden sprechen die statistischen Daten von Rosenthal und Guéniot, nach welchen die Hyperemesis gravidarum häufiger bei Mehr- als bei Erstgebärenden auftritt. Ersterer sah sie unter 100 Patientinnen 67 mal bei Mehr-, 33 mal bei Erstgebärenden; letzterer unter 51 Patientinnen 39 mal bei Multi- und 12 mal bei Nulliparen. Wäre wirklich eine syncytiale Intoxikation die Ursache des Erbrechens, so bleibt es vollkommen unerklärlich, wie dasselbe durch eine psychische Beeinflussung der Schwangeren gehoben werden kann; wäre ferner die Erklärung von Behm zutreffend, so müsste man folgern, dass Hyperemesis bei abnorm langer Retention abgestorbener Eier ausnehmend häufig auftrete und hartnäckig anhielte. In vielen solchen Fällen, denen ich in der Literatur begegnet bin, fehlte Hyperemesis. Endlich, wenn wir diese Theorie annehmen wollten, so wäre jede Gravidität als schwere Infektion zu betrachten. Dass die Chorionzotten oder deren Epithel in den Blutstrom der Mutter geschleudert werden, ist eine bekannte Tatsache; wahrscheinlich kommt das in jeder Schwangerschaft vor, doch verschwinden die Zotten erscheinungslos.

Um das Bild von Intoxikationstheorien noch mehr zu beleuchten, möchte ich auch in kurzen Zügen, die allerneueste Theorie von Willijams schildern.

Wie Clivio kombiniert er in seinen Mitteilungen die 3 Gruppen von Hyperemesis auf 1. Reflektorische (Uterusverletzungen, bes. Retroflexio, Ovarialtumoren, Blasenmolle, Hydramnion, bestimmte Fälle von Endometritis, pathologisches Ei), 2. Neurotische, 3. Toxische, neigt sich jedoch am meisten zur Autointoxikation.

Willijams will feststellen, dass in den Fällen von Hyperemesis, welche man auf Toxämie schob, die Menge des im Urin als Ammonium ausgeschiedenen Stickstoffes im Verhältnis zu der Gesamtmenge des letzteren wesentlich erhöht ist. Während sonst dies Verhältnis 2—5% beträgt, ist es oft in den fraglichen Fällen auf 10%, ja selbst auf 30—40% gesteigert. Willijams legt diesem Befund eine grosse prognostische Bedeutung bei. Wenn die Veränderungen im Prozentverhältnis der stickstoffhaltigen Exkretionsstoffe sich als konstant erweisen, würde der Charakter des Urins wesentliche Dienste bei der Unterscheidung dieser Fälle von jenen, bei welchen das Erbrechen nur eine Reflexwirkung der schwangeren Uterus ist, leisten. Gegen die Ausführungen Willijams wendet sich Dirmoser. Er bestreitet die hohe toxische Wirkung des Ammoniaks, will auch im Befund desselben kein sicheres Prognosticum sehen. Er weist darauf hin, dass man schon bei halbwegs hartnäckigen Fällen von Hyperemesis Spuren von Eiweiss, bei schweren deutliche Albuminurie finden könne.

Wie man sieht, stellen die Intoxikationstheorien, so bestechend sie auf den ersten Blick erscheinen, nichts anderes als die Übertragung der modernen Lehre von der Eklampsie auf die Hyperemesis dar. Die Ansicht von einem der Hauptvertreter dieser Hypothesen, Behms, berührt sich nahe mit der Auffassung, die Veit neuerdings aufgestellt hat, welcher in der Deportation von Chorionzotten die Ursache der Hyperemesis erblickt, ohne jedoch anzugeben, wie man sich diese Wirkung genauer vorzustellen habe.

Mehr als Hypothesen sind diese Intoxikationstheorien nicht.

Sie gewännen erst an Bedeutung, wenn es gelänge, die spezifischen toxischen Substanzen aus dem Syncytium darzustellen. Die klinischen Tatsachen sprechen entschieden dagegen. Es ist völlig unerklärlich, wie verzweifelte Fälle von Hyperemesis durch einfache Suggestion mit einem Schlage hätten geheilt werden können, wenn Toxine die Ursache wären. Eine Eklampsie ist noch nie durch Suggestion zum Verschwinden gebracht worden! Ebenso ist noch nie eine Krankheit, deren Ursache in pathologisch-anatomischer Ver-

änderung eines Organs lag, zur Heilung durch Suggestion gebracht worden. Diese letzten Tatsachen führten zur Kaltenbach'schen Erklärung der Hyperemesis als eine Erscheinungsform von Hysterie. Auch diese Theorie vermochte nicht die allgemeine Anerkennung zu erobern, allerdings hat bis jetzt von neuen Theorien, — und ihre Zahl, wie wir gesehen haben, ist fast so gross, als die der Autoren — keine sich eines grösseren Anhängerkreises zu erfreuen, oder gar vermocht, die Kaltenbach'sche Lehre aus ihrer dominierenden Position zu verdrängen.

Es war das Verdienst Kaltenbachs, durch scharfe Umgrenzung der Definition der Hyperemesis gravidarum und Ausscheidung aller der Fälle von Schwangerschaftserbrechen, die auf bestimmten, auch ausserhalb der Gravidität, Erbrechen verursachten Organerkrankungen beruhen (Karzinom, Peritonitis etc.), der ätiologischen Erforschung neuen fruchtbaren Anstoss gegeben zu haben. Denn vor Kaltenbach war nur ganz vereinzelt die Hyperemesis je nach ihren verschiedenen Ursachen auch verschieden behandelt worden. Der eine Arzt behandelte unterschiedslos je nach seinen Erfahrungen medikamentös, der andere lokal gynäkologisch, ein dritter diätetisch.

Wenn der äussere oder innere Muttermund oder der Cervix eng, rigid, oder der Corpus uteri hart, sein Bindegewebe fest ist und sich nicht erweicht; wenn die Umgebung der Gebärmutter krank, ihr peritonealer Überzug entzündet ist, wenn die Adnexe geschwollen sind, so erbrechen die Kranken ebenso wie akut Geschlechtskranke, bei denen der entzündliche Prozess das Peritoneum erreicht. Dass nieren-, magen-, leber- oder darmkranke Frauen im schwangeren Zustande mehr erbrechen werden, als die gesunden — ist selbstverständlich. Diese sind alle krank, weil das Erbrechen von ihrem Grundleiden herstammt und streng genommen kann man das nicht als Hyperemesis gravidarum bezeichnen. Die Erklärung solchen Erbrechens bedarf keiner besonderen Hypothese. Das gab Kaltenbach den Anstoss, unter dem, im strengen Sinne des Wortes als Hyperemesis gravidarum bezeichneten, kaum stillbaren, gefährlichen Erbrechen der Schwangeren

jene Fälle zu verstehen, welche bei bis dahin gänzlich gesundem Körper ohne jeden nachweisbaren Grund rein und allein nur mit der Schwangerschaft zusammengebracht werden können.

Kaltenbach formuliert das in folgenden Worten: „Für Hyperemesis gravidarum im engeren Sinne ist nun aber das charakteristisch, dass wir selbst bei tötlichem Verlaufe der Erkrankung keinerlei konstante, oder tiefgreifende Veränderungen an irgend einem Organ nachweisen können, ja der Sektionsbefund ist in der Regel negativ. Dieser Umstand weist uns von vornherein auf einen nervösen Ursprung des Erbrechens hin.“ Und weiter: „Unter Hyperemesis sollten wir nur solche Fälle verstehen, bei welchen das Erbrechen durch die Schwangerschaft selbst hervorgerufen und unterhalten wird, dagegen müssen Erkrankungen von Magen, Darm, Niere, Sexualorganen, sowie auch gewisse Intoxikationen, welche auch ausserhalb der Schwangerschaft zu Erbrechen führen, durchaus vom Begriffe der Hyperemesis ausgeschaltet werden, wenn wir nicht ein ganz empirisches, symptomatisches Krankheitsbild aufstellen wollen.“

Als Ursache der Hyperemesis gravidarum beschuldigt Kaltenbach direkt die Hysterie als selbständige, allgemeine, funktionelle Neurose; das Erbrechen ist nach ihm ein Symptom der in der Schwangerschaft zunehmenden, in den meisten Fällen schon vorher vorhanden gewesenen, aber auch durch Gravidität an sich hervorgerufenen Hysterie. Er überträgt die Ansichten der Neurologen über Hysterie direkt auf Hyperemesis; sie ist eine Neurose, bei der die Reflexerregbarkeit erhöht, die Reflexhemmung vermindert ist, bei der aber, wie bei Hysterie, die Energie reflexhemmend in bestimmten Bahnen aufzutreten, ganz plötzlich wiedergewonnen werden kann.

Für einen hysterischen Ursprung der Erkrankung spricht die oft nachweisbare erbliche nervöse Belastung, das häufigere Auftreten der Affektion in den besseren Klassen, der plötzliche Beginn nach psychischer Erregung, das sofortige Aufhören nach geistiger Ablenkung und die Beseitigung des Leidens durch längere Zeit angewandte systematisch durchgeführte diätische Kuren der verschiedensten Art; noch mehr charak-

teristisch ist der ganze unberechenbare Verlauf der Erkrankung und insbesondere das ganz plötzliche Aufhören derselben nach irgend einer psychischen Einwirkung oder auch ohne nachweisbare Ursache.

„Das plötzliche Aufhören der Hyperemesis nach irgend einer psychischen oder somatischen Einwirkung steht auf gleicher Linie mit dem plötzlichen Verschwinden einer hysterischen Lähmung oder Kontraktur. — Die Plötzlichkeit der Änderung infolge eines psychischen Einflusses ist in den beiden Fällen geradezu das Kriterium für Hysterie.“ (Kaltenbach).

Für die Anfassung der Hyperemesis als Hysterie lässt sich noch folgendes anführen. Es gibt ein rein hysterisches Erbrechen. Der Verlauf desselben zeigt eine auffallende Ähnlichkeit mit dem Beginn und Fortgang der Hyperemesis. Das hysterische Erbrechen beginnt so, dass der Patient hie und da, morgens beim Aufstehen ein wenig schleimige Flüssigkeit ohne besondere Beschwerden erbricht. Da er in seinem Wohlbefinden zunächst kaum belästigt wird, legt er der Störung keinen weiteren Wert bei.

Bald aber erfolgt das Erbrechen einer üblen Gewohnheit jeden Morgen bei nüchterem Magen. Nach und nach verschlimmert sich der Zustand derart, dass er gleich nach jeder Nahrungsaufnahme erbricht. Genau so kann die Hyperemesis in Erscheinung treten. Ferner paaren sich nicht selten mit Hyperemesis rein hysterische Erscheinungen: Hysterische Aphonie, Krämpfe, Schreianfälle, hysterischer Husten, Globus hystericus etc. Alle diese Nebensymptome dienen nochmals zur Bestätigung der Kaltenbach'schen Theorie. Entsprechend seiner Auffassung der Hyperemesis als Erscheinung der Hysterie, richtet Kaltenbach in erster Linie die Behandlung der Krankheit gegen Hysterie.

Es finden sich in der Literatur eine grosse Zahl von Fällen, in denen das hartnäckige Erbrechen durch verschiedene Art suggestiver Einwirkungen zum Stillstand gebracht wurde.

Sehr beweisenswert und sprechend für die Richtigkeit der Kaltenbach'schen Hypothese ist folgender charakteristischer Fall von Behm.

Beide schon in vorgerücktem Lebensalter stehende Gatten hatten sich einen Familienzuwachs nicht gewünscht und ihn deswegen zu verhindern gesucht. Als trotzdem Empfängnis eingetreten war und die Schwangere daran nicht mehr zweifeln konnte, stellte sich schwere Hyperemesis ein, gleichzeitig hysterische Lähmungserscheinungen. Der Patientin wird die Unterbrechung der Schwangerschaft zugesagt. Die Versuche, den Abort einzuleiten, haben nicht den beabsichtigten Erfolg, wohl aber den, dass das Erbrechen völlig aufhörte und das Allgemeinbefinden sich besserte.

Das psychische Moment, die bestimmte Zusage, dass intrauterinen Manipulationen den Abort zur Folge haben würden, genügten, um das Erbrechen zu sistieren.

Fälle, bei denen die Suggestion mit promptem Erfolg angewendet war, finden sich in der Kasuistik mehrfach.

Über einige Fälle von Hyperemesis, bei denen mit Erfolg die Kaltenbach'sche Therapie angewendet war, möchte ich an dieser Stelle berichten. Es handelt sich nämlich um Fälle, welche im Zeitlauf vom Jahre 1896—1907 im Basler Frauenspital zur Behandlung kamen. Einige von ihnen stellen in ätiologischer Hinsicht zur Unterstützung der Kaltenbachschen Theorie ein gewisses Interesse dar.

Diese Fälle sind teils unter Bumm, teils unter v. Herff beobachtet worden und zwar gehören die Fälle I—III der Zeit Bummes an.

Fall I. M. R. verheiratet, 36 J. alt. Menstruation mit 15 J. regelmässig. Seit 2 J. bei Menstruation heftige Krämpfe. Patientin hat zwei normale Geburten durchgemacht; vor $1^1/_2$ J. im zweiten Monat Abort. Patientin hatte nach dem zweiten Wochenbett vor 2 J. Beschwerden, die der Arzt auf eine Retroflexio uteri zurückführte. Patientin ist nun wieder gravid; hatte vor 9 Wochen ihre letzte Periode. Schon zu Anfang der Schwangerschaft litt sie an heftigem Brechen. Dieses wurde immer stärker und jetzt kann die Patientin nichts mehr essen. Dazu gesellen sich noch heftige Schmerzen in der Magengegend. Bei der Aufnahme war die Vagina mittelgross, Uterus vergrössert, gerade stehend. Behandlung. 16. September 1896. Patientin bricht etwas. Diät, Cocaintropfen (0,1 : 10,0 3×15 Tropfen) 17. Hat seit gestern nicht gebrochen, fühlt sich ordentlich. 18. Kein Brechen. 21. Isst etwas Schleim, kein Brechen, Cocain ausgesetzt. 23. Kein Brechen. Befinden gut. 3. Dezember Austritt. Keine Beschwerden mehr.

Fall II. G. C. verheiratet, 24 J. alt. Menstruation mit 12 J. regelmässig vierwöchentlich. 1897 September, normale Geburt; 1899 Abort

im fünften Monate. Letzte Regel Ende Dezember 1899. Patientin gibt an, bei den früheren Graviditäten nicht am Erbrechen gelitten zu haben; dagegen während der ganzen bisherigen Dauer der gegenwärtigen Schwangerschaft an Erbrechen, Unterleibsschmerzen und Husten zu leiden. Die Beschwerden dauern angeblich schon so lange an, als die Patientin gravid ist. Patientin will sehr abgemagert und schwach geworden sein. *Status praesens.* Kleine, etwas abgemagerte Frau. Lungen, links oben, vorn und hinten etwas verschärftes Exspirium, hinten dabei noch vereinzelte trockene Rasseln. Uterus steht in halber Nabelhöhe, weich besonders auf der linken Seite. 3. Mai 1899 Eintritt. Patientin nimmt kräftige Mahlzeiten ein, ohne zu brechen.. 4. Patientin befindet sich weiterhin wohl und bricht nicht. 7. Patientin erhält wegen Obstipation Bitterwasser, daraufhin Erbrechen, Appetit gering. 9. Kein Erbrechen, Appetit noch gering. 12. Leichte Magenschmerzen. 13. Patientin darf aufstehen. 17. Austritt. Patientin befindet sich wohl, leidet aber immer noch etwas an Appetitlosigkeit.

Fall III. M. S. 29 J., Menstruation mit 12 J. regelmässig siebentäglich. Zwei normale Geburte, die letzte in 1896. Letzte Regel vor 6 Wochen. Seit 14 Tagen Magen- und Leibschmerzen. Täglich nüchtern Erbrechen und Brechreize. Seit 8 Tagen bricht Patientin alles Genossenes. Patientin behauptet, in den letzten 14 Tagen 8 Pfund abgenommen zu haben. Seit 8 Tagen Obstipation. Starke Speichelsekretion. 29. Oktober 1900 Eintritt. Untersuchung in Chloroform-Narkose. Galvanisation (100 M. amp.). Bettruhe, Eisblase aufs Abdomen, kalte Milch. 30. Abends $^1/_2$ Stunde nach genossener Milch erfolgt Erbrechen von gelblichen (gallig gefärbten) Massen. 31. In der Nacht hat Patientin dreimal gebrochen; morgens wieder Erbrechen, mittags zweimal Erbrechen. Von 4 Uhr an konnte Milchkaffee ertragen und von da an kein Erbrechen mehr. 1. November Einführung eines Laminaria-Stiftes. Die Patientin hat etwas Fleischbrühe und Kaffee ertragen. In der Nacht nur einmal gebrochen. 2. In der Nacht ziemlich gut geschlafen. Patientin hat Fleischbrühe und Kaffee ertragen können. Kein Erbrechen mehr. Entfernung des Laminaria-Stiftes. Einführung eines neuen. Abends sehr starke Wehen. Kein Erbrechen. 3. Entfernung des Stiftes, Einführung eines neuen. Abends sehr starke, wehenartige Schmerzen. Mehrmal Erbrechen. (10 Tropfen Opium p. Klysma). 4. In der Nacht auf Abdomen warmer Überschlag, weniger Schmerzen und Erbrechen. Am Morgen dreimal gebrochen. Abends fast keine Wehen mehr und nicht mehr Erbrechen. 5. Thee, Kaffee hat die Patientin ertragen können, kein Erbrechen, keine Wehen mehr. 11 Uhr Ausräumung des Eies. Nach der Operation kein Erbrechen mehr. Am 17. zum erstenmal aufgestanden. Allgemeines Befinden wohl. 19. Austritt.

Fälle v. Herff, zu bemerken ist, dass allen Kranken sofort bei der ersten Untersuchung durch Prof. v. Herff klar gemacht wurde, dass

sie geheilt würden, dass aber an einen künstlichen Abort nicht zu denken sei. Auch handelt es sich ausschliesslich um reine Hyperemesis im Sinne Kaltenbachs, nach der Richtung, dass mit Eintritt des Schlafes Heilung zu erwarten sei.

Fall IV. B., verheiratet, 32 J. alt. I. para. Seit Anfang April starkes Erbrechen, besonders nach dem Essen so, dass draussen künstliche Rektalernährung eingeleitet werden musste. Trotz allen Versuchen (Diät, Medikamente), die Patientin körperlich zu erleichtern und psychisch zu beruhigen, blieb der Zustand immer derselbe, so dass der behandelnde Arzt in einem Briefe an Herrn Prof. v. Herff sich genötigt sah, um die Aufnahme der Patientin in die Klinik zu bitten. Prof. v. Herff konstatierte eine Retroflexio uteri gravidi mobilis. Die vorgenommene Aufrichtung war ohne Erfolg, das Erbrechen verschlimmerte sich so, dass alles Gegessene alsbald erbrochen wurde. 9. November 1902 Eintritt. Suggestionsbehandlung, Bettruhe, Milchdiät und Faradisation des Unterleibes. Zweimal täglich Regelung des Stuhlganges. 9. Zweimal Erbrechen. Sulfonal. Zweimal Faradisation. 10. Dreimal Erbrechen. 11. Viermal Erbrechen. Sulfonal. Zweimal Faradisation. 12. Kein Erbrechen, Schlaf gut. 13. Dreimal Erbrechen. 14. Zweimal Erbrechen. Bis 21. November kein Erbrechen, täglich Faradisation. 21. Austritt.

Fall V. B. K., 24-jährige magere Frau von kaum mittlerem Ernährungszustand. Litt vor 4 J. an Nervenkopfweh. Letzte Periode 1. Juni 1902. Anfangs Juli begann Patientin zu erbrechen, anfangs nur vormittags, später auch abends. In letzter Zeit wurde alles gebrochen sofort nach dem Essen, gleichgiltig, was Patientin aufgenommen hatte. Infolge davon Abmagerung; Appetit stets gut. *Status praesens.* Vagina mittelweit, Vulva geschlossen, Uterus faustgross, weich, deutliches Hegarsches Zeichen, allgemein verengtes Becken 5. August. Mehrmaliges Erbrechen. Absolute Diät, kalte Milch, Vichy-Wasser. Suggestion nach der Richtung, dass mit Eintritt des Schlafes Heilung zu erwarten sei. Abends 1,5 Dormiol. 6. Hat seit langer Zeit zum erstenmal geschlafen. Heute wieder Erbrechen, tagsüber aber weniger als sonst. Fühlt sich allgemein wohler, hat keine Beklemmungsanfälle mehr. 8. Wesentliche Besserung. Bekommt leichte feste Nahrung, jedoch noch absolute Bettruhe. 14. Patientin bricht nur selten, gewöhnlich nur am Morgen oder gleich nach dem Mittagessen. 16. Aufstehen, nachdem die Patientin in den letzteren Tagen etwas aufgesessen ist. 20. Andauernd ordentliches Befinden, Patientin nimmt sichtlich zu. Bricht nicht mehr, sondern würgt noch etwa am Morgen. 24. Gebessert entlassen mit der Weisung sich anfangs Januar 1904 wegen des engen Beckens vorzustellen.

Wiederauftritt 28. August 1903. Schon am Tage der Rückkehr nach Hause begann das Erbrechen im erhöhten Masse wieder; auch traten wieder Anfälle von Erstickung auf. Patientin hat das Empfinden, als steige ein Kegel von unten in den Hals herauf. Bricht seit gestern in

einem fort. Schlaf 0. 30. August. Patientin bricht viel, ist enorm aufgeregt, behauptet, sie bekomme keine Luft mehr. Da sich beim Erbrechen einmal eine Askaride befand, wird Santonin gegeben, indem ihr suggeriert wird, dass die Würmer die Ursache seien und dass mit deren Abgang Heilung eintreten würde. 4. November. Wesentliche Besserung. Patientin bricht nicht mehr; fühlt sich wohl, hat ordentlichen Appetit. Spulwürmer sind nie abgegangen. 5. Aufstehen. 19. Geheilt und ohne Beschwerden entlassen.

Fall VI. Sch. D., 24 J., Menstruation mit 14 J. immer regelmässig, am ersten Tage Krämpfe. Uterus entspricht der 12. Woche. Alles normal. Letzte Periode am 28. Juni 1902. Seit $4^1/_2$ Wochen bricht die Patientin alles, was sie zu sich nimmt. Patientin hätte guten Appetit. Stuhlgang nur auf Klystieren. 1. August. Eintritt. Patientin soll ruhig im Bett bleiben. Es wurde ihr gesagt, dass sie im Spital nicht mehr brechen werde; bekommt täglich Karlsbadersalz. 3. Patientin hat seit dem sie im Spital ist noch nie gebrochen. Sie hat Diät, Suppe, Brei, Obst. Appetit gut. 4. Aufsitzen. Patientin gibt an, sie habe wieder ruhig bleiben müssen, da sie sonst wieder hätte brechen müssen. 5. Das Aufsitzen geht heute gut. 6. Aufstehen. Patientin bricht aber bald und wird wieder ins Bett gelegt. 8. Aufsitzen. Patientin befindet sich wohl. Kein Erbrechen, kein Aufstossen, sie ist aber immer besorgt, sie breche wieder, sobald sie aufstehe. 9. Aufstehen, kein Erbrechen. 12. Nie Erbrechen mehr. Austritt.

Fall VII. H. T. 36 J. Menstruation normal mit 14 J. 1890—1897 drei normale Geburten. Letzte Periode 14. Januar 1903. Seit Anfang Februar besteht Erbrechen. Feste Speisen werden stets erbrochen, Suppe bleibt. Ausserdem besteht viel Brechreiz. Der Arzt stellte Graviditas fest. Die Behandlung bestand in Flüssigkeitsdiät, Darreichung von Eisstückchen und Medikamenten, bis jetzt ohne Erfolg. 21. März Eintritt. Es wird zunächst eine gründliche Darmreinigung vorgenommen. Zu diesem Zwecke Kalomel 0,45 in 3 Dosen gegeben. Mundspüllungen. Flüssigkeitsdiät. 22.—26. Kein Brechen. 27. Patientin klagt heute über Eckel, dabei ist aber Appetit gut. 28. Patientin klagt über alle mögliche hysterische Beschwerden. Appetit vorzüglich. 29. Tct. amara und Tct. aromat. $\overline{aa}$ dreimal 15 Tropfen. Patientin hat in den letzten 8 Tagen nicht gebrochen. Appetit gut. Subjektives Befinden ebenfalls. 31. Austritt.

Fall VIII. J. B. Ein blühendes, gut genährtes Mädchen, 20 J. alt. Menstruation mit 15 J. normal. Am 11. Juni Abort im dritten Monate. Während der Schwangerschaft Brechen und Speichelfluss. Letzte Periode 11. September 1903. 14 Tage darauf stellte sich Brechreiz ein. Patientin brach am Morgen fünf- bis sechsmal, nachmittags noch einigemal, Brechen gallig. 18. Dezember Eintritt. Bettruhe, flüssige Kost. 19. Einigemale Erbrechen. 21. Seit 2 Tagen kein Erbrechen mehr. Patientin fühlt sich

wohl. Abends einmal Brechen, nach Clysma. 22.—28. Kein Brechen. Keine Salivation. Allgemeines Befinden gut. Austritt.

Fall IX. M. K. G. 27 J., verheiratet. Menstruation mit 16 J. regelmässig. 1902 Abort mens. IV, 1903 Abort mens. IV. Letzte Periode am 8. Januar 1904. Patientin hat seit Aussetzen der Periode starken Speichelfluss und Brechen. Seit 3. Februar Brechen stärker. Appetit gering, Stuhlgang geht nicht ohne Mittel. Portio weit hinten am Promontor. hoch. Uterus anteflektiert, überragt gerade den Eingang, füllt das Becken aus. 6. April Eintritt. 7. Patientin sekretiert im Tage mehrere Tassen Speichel. Erbrechen. Flüssige Kost. Aloë. 8. Gegen die Obstipation Chambar-Tee. Stuhlgang. Speichelfluss. 10. Patientin steht auf. Speichelfluss geringer. Stuhlgang. Erbrechen. 12. Kein Brechen mehr. Patientin fühlt sich wohl. Alle 2 Tage ein Bad. 14. Kein Speichelfluss mehr. 18. Wieder Brechen. 20. Austritt. Kein Brechen mehr. Ptyalismus fast 0.

Fall X. V. P. 44 J. Als Kind hat Patientin Hirnentzündung durchgemacht. Menstruation mit 18 J. alle 4 Wochen sehr schwach, kaum 1 Tag lang, mit Kopfweh; keine Leibschmerzen. 1895 Zangengeburt. 1897 langdauernde Geburt. 1898 normale Geburt. 1899 Sturzgeburt. 1901 schwere Geburt. An den früheren Schwangerschaften, besonders den letzten hatte Patientin Beschwerden, wie jetzt, aber viel schwächer. Letzte Periode Ende März. Seit Ende April muss Patientin viel brechen und hat sehr starken Speichelfluss. Das Erbrechen besteht meist nur aus Schleim. Das Brechen ist an keine Zeit gebunden. Seit der gleichen Zeit ist Patientin immer müde und fühlt sich sehr schwach. Appetit schlecht. 28. Mai 1904 Eintritt. Bettruhe, flüssige Kost. Salivation. 30. Patientin steht auf. Bis heute noch nie erbrechen. Patientin fühlt sich matter. Einmal Brechen vor dem Frühstück. 2. Juni, Patientin hat nicht mehr gebrochen, fühlt sich etwas kräftiger, Tct. aromatica und amara $\overline{aa}$ 4. Austritt. Speichelfluss bedeutend geringer. Patientin bricht noch zeitweise. Soll zu Hause mit unserer Therapie weiter fahren.

Fall XI. H. B. Blühende 21-jährige Frau. Der Vater der Patientin litt an epileptischen Anfällen. Menses mit 14 J. stets regelmässig. Starke Molimina, kein Fluor. 1903 Zangengeburt wegen engen Beckens. Uterus anteflektiert, der zweiten Woche entsprechend vergrössert. Letzte Regel 2. September 1904. Seit zirka 5 Wochen muss Patientin alles, was sie geniesst, erbrechen. Starker Speichelfluss. Appetit sehr mässig. Stuhlgang angehalten. Patientin litt auch während der letzten Gravidität an Brechen. 18. April Eintritt. Patientin brach heute das Karlsbadersalz. Soll regelmässig Marienbader Kochbrunnensalz bekommen. Spazieren im Garten. Leichte Kost. 20. Heute hat Patientin den ganzen Tag nicht gebrochen; gestern nur einmal. 23. Patientin bricht zeitweise wieder, doch viel weniger als zu Hause. Dreimal regelmässig 20 Tropfen Tct. aromat. und amara. Alle 2 Tage ein laues Bad. 27. Patientin bricht

immer noch zeitweise. Sie badet täglich, geht in den Garten. Blühendes Aussehen. 1. August. *Patientin hat 1 Kg. zugenommen.* Seltenes Brechen in den letzten Tagen. 5. August. Heute dreimal Brechen; in den letzten Tagen kein Stuhlgang. 8. Körpergewicht gleich geblieben. Patientin fühlt sich recht wohl. Immer zeitweise Brechen. 13. Patientin hat seit 4 Tagen nicht mehr gebrochen. Blühendes Aussehen. Austritt versuchsweise.

Fall XII. G. H. Etwas abgemagerte 28-jährige Frau, war immer gesund. Menstruation mit 14 J. regelmässig. 3 Geburten normal, alle Kinder leben. Schwangerschaft früher ohne Beschwerden. Letzte Periode 31. Mai 1904. Schwangerschaft bis vor 6 Wochen normal. Seit Mitte Juni plötzlich starker Speichelfluss mit Übelkeit und Erbrechen. Patientin fühlt sich müde und abgeschlagen, klagt über Schwere in den Beinen und zeitweise über Atemnot. Appetit mässig. Patientin gibt an, seit 6 Wochen abgemagert zu sein. 5. August 1904 Eintritt. Da Patientin seit 3 Tagen kein Stuhlgang gehabt, — Pil. Aloë. Gegen die Salivation Mundspülungen mit Tct. gallar. und Rhataniæ $\overline{aa}$. Diät. 6. Mehrmals Erbrechen. Starker Speichelfluss. Stuhlgang erfolgt. 7. Sal. carol. Stuhlgang. Kein Brechen. Salivation etwas geringer. 8. Einmal Brechen, kurz nach dem Essen. 10. Kein Brechen. Salivation geringer. Wohlbefinden. 12. Kein Brechen, keine Salivation. 17. Seit dem 8. kein Brechen mehr. Keine Salivation. Patientin wird geheilt entlassen.

Fall XIII. J. P. ledig, 21 J. Menstruation mit 13 J. stets regelmässig. Vor 3 J. Frühgeburt. Kind tot geboren. Uterus entspricht der zwölften Woche in Anteflexion. Letzte Periode im Dezember 1903. Der erste Monat der Gravidität verlief ohne Besonderheit. Im zweiten Monat jedoch bekam Patientin Eckel vor den Speisen, worauf bald heftiges Erbrechen eintrat. Patientin musste alles Genossene erbrechen, oft sechsmal im Tage. In der letzten Woche soll Patientin auch Blut gebrochen haben. Der Kräftezustand der Patientin hat stark gelitten. Zuweilen hat Patientin Schmerzen im Bauch. Stuhlgang seit 8 Tagen ausgeblieben. 7. März Eintritt. Einmal Erbrechen. 8. Heute erbrach Patientin dreimal. Patientin wird zunächst abgeführt (Öl-Klysma) und muss Diät halten, daneben bei jedermaligen Visite psychische Behandlung. 9. Patientin erbrach einmal. 10. Einmal Erbrechen, fühlt sich jedoch wohler. 12. Gutes Befinden, kein Erbrechen. 13. Aufsitzen. 15. Aufstehen, dabei kleine Ohnmacht. Kein Erbrechen. Körpergewicht hat sich vom Eintritt um $^1/_2$ Kg. zugenommen. Patientin fühlt sich wohl, erbricht nicht mehr. 31. Austritt.

Fall XIV. A. A. 26-jährige Frau. Frühere Krankheiten: Typhus abdom., Meningitis, Chlorose. Menstruation mit 13 J. regelmässig (während der Chlorose unregelmässig). 5 Tage alle 4 Wochen. Entbindungen 1—3 normal; 4 Abort im vierten Monat, 5 Geburt normale. Letzte Periode Ende September 1904. Die Periode sistiert seit $3^1/_2$ Monaten.

Die Patientin hat vor 3 Wochen viel flüssiges, mit Fetzen vermischtes Blut aus den Genitalien verloren. Sie ging zum Arzt, der ihr Bettruhe verschrieb. Seitdem ging kein Blut mehr ab. Patientin klagt jetzt über Schmerzen in der Seitengegend und über Druck nach abwärts beim Laufen. Ferner muss die Frau viel erbrechen, dabei viel Schleim und Galle. Eintritt 10. Januar 1905. Tct. Chin. comp. Suggestion, dass „berühmte Tropfen" helfen würde. 2. Kein Erbrechen. Körpergewicht 39 Kg. Bis zum Austritt kein Erbrechen mehr. 28. Austritt. Körpergewicht $40^1/_2$ Kg. Patientin bricht nicht mehr.

Fall XV. St. S. 34 J. Menstruation mit 12 J. regelmässig. 1—2 Geburte normal, 3 Abort in der siebenten Woche vor 4 J. Letzte Periode am 7. Dezember 1904. Patientin klagt über Schmerzen im Kreuz, Schmerzen sind noch heute vorhanden. Seit 4 Tagen erbricht Patientin alles, was genossen wurde, Patientin hat nichts anderes gegessen als Schleim und Milch. 23. Januar Eintritt. Patientin hat Erbrechen, Blutabgang (Prässnitz Vollbäder) Glyc. Klyst. Tct. Chin. comp. Diät. 24. Sitzbäder, Diät, kein Erbrechen mehr. Bis 28. kein Erbrechen. 29. Brechen, Schmerzen in der Magengegend, daher Faradisierung der Magengegend. 30. Patientin bricht nur hie und da. Sie wünschte entlassen zu werden, da man ihrem Wunsche künstlichen Abort einzuleiten. nicht nachkommen will. Austritt.

Fall XVI. L. M. verheiratet, 36 J. Menstruation mit 18 J. regelmässig. Allgemeines Aussehen blass. Phthisis pulmon. Letzte Menses Mitte Juli 1905. Verlauf der Schwangerschaft im Beginn gut Seit Anfang Dezember jeden Tag wiederholtes Erbrechen, meist am Vormittag. Appetit gut. Seit Beginn der Schwangerschaft wurde die Obstipation, an der Patientin schon früher litt, hartnäckiger. 18. Dezember Eintritt. Am Abend einmal Erbrechen. 19. Heute Morgen einmal Erbrechen, mittlere Diät. Abends 0,5 Veronal. Jeden Morgen Marienbadwasser. 20. Inf. Ipecac. 0,3 : 150,0. Körpergewicht $52^1/_2$ Kg. 21. Dezember. Reichlicher Auswurf, rein eitrig, enthält tuberkul. Bacillen, auch elastische Fasern. Nach Marienbadersalz zweimal Stuhlgang 23. Im rechten Hypochondrion spontan und auf Druck Schmerzen. Thermophor. 24. Seit 4 Tagen kein Erbrechen mehr. Täglich Stuhlgang auf Marienbadersalz und Klysmen. Immer viel Husten und Auswurf. Jeden Abend Veronal und dann guter Schlaf. 25. Tct. codeini. 27. Im allgemein Wohlbefinden. Mit der Diät steigt man. 29. Odontalgin, Pyramidon, am Abend 2 Aloëpillen. Keine Schmerzen im rechten Hypochondrion. 31. Steht auf. 2. Januar. Von heute an jeden zweiten Tag ein Bad von 27° C., kein Veronal mehr. Appetit ist gut. 6. Patientin fühlt sich wohl. Fœtale Herztöne heute hörbar. Körpergewicht-Zunahme auf 56 Kg. Weniger Husten und Auswurf. 8. Austritt.

Fall XVII. W. K. verheiratet, 25 J. Menstruation mit 15 J. regelmässig. Zwei normale Geburten, letzte vor 3 J. Letzte Regel am

26. Februar 1907. Schon während der beiden letzten Schwangerschaften jeweils Erbrechen vom ersten Tage bis zu Ende des neunten Monats und meist unmittelbar nach Genuss der Speisen. Hie und da hat Patientin auch nüchtern gebrochen. Sie brach dann Galle und Schleim unter furchtbaren Magenschmerzen. Nur selten konnte Patientin Nahrung für einige Zeit bei sich behalten. Sie hatte dann ein eigenes Gefühl von Völligkeit im Leibe, bis sie brechen musste. Bei dieser Schwangerschaft Zustand viel schlimmer. Patientin kann nichts mehr behalten, bricht viel nüchtern, nimmt stets ab an Gewicht und zu an Schwäche. Ein „guter Arzt" soll alles probiert haben, ohne Erfolg. 15. April 1907 Eintritt. Baden. Sofortiges Erbrechen, das aber meist aus Ausspucken von Mundspeichel und etwas Rachenschleim besteht. Tägliches Klystier soll für reichlichen Stuhlgang sorgen. Tct. Chinæ 20 Tropfen. 16. Urin O. B. Patientin hat nur einmal gebrochen, hat aber die Tropfen nicht erhalten. 17. Seit Tropfen kein Erbrechen mehr, Stuhlgang reichlich. Appetit gut. 24. Unter fortdauernder psychischer Behandlung ist das Erbrechen vollständig ausgeblieben. Patientin isst und trinkt gewöhnliche Kost. 1. Mai. Immer Wohlbefinden. Patientin soll Blaudsche Pillen nehmen und für guten Stuhlgang sorgen. Austritt.

Wie oft bei Hyperemesis gravidarum Bettruhe und flüssige bezw. Milchdiät ergebnislos bleiben, ist allgemein bekannt. Es kann daher kaum einen Zweifel unterliegen, dass in allen Fällen von *Prof. v. Herff* das wirksame Moment der Therapie die psychische Behandlung, in erster Linie die Entfernung der Patientin aus den gewohnten Verhältnissen, dem Kreise der Angehörigen, die oft genug durch stetiges Mitleid, durch andauerndes Befragen nach Brechneigung das Erbrechen herbeiführen und verschlimmern; dann der Aufenthalt im Krankenhause mit seiner peinlich geregelten Lebensweise, gewesen ist. In dieser Beziehung ist es von allergrösster Bedeutung, dass alle Angestellte, Assistenten und Wärterinnen Hand in Hand gehen, so dass die Kranke gewissermassen in einer Suggestionsatmosphäre, die nach einer bestimmten Richtung geht, leben. Insbesondere muss der Patientin gleich bemerkt werden, dass ihr Leiden kein besonderes Interesse erweckt. Besonders beweisend sind in dieser Beziehung die Beobachtungen Fall V und VI.

Im Falle V schon am Tage der Rückkehr nach Hause begann das Erbrechen mit erneuter Kraft und in erhöhter Masse wieder. Auch traten wieder Anfälle von Erstickung auf. Es genügte hier das erneute Aufnehmen der Frau ins

Spital, um nach 3—4 Tagen eine wesentliche Besserung zu erzielen und dann die Patientin als geheilt zu entlassen.

Im Falle VI wird der Patientin gesagt, dass sie im Spital nicht mehr brechen werde und die Frau bricht nicht mehr.

Wodurch anderes könnte diese Erscheinung erklärt werden, wenn nicht durch die Macht der Suggestion bei entsprechend suggestiblen Personen?

Ensprechend der Unsicherheit über die Ätiologie des unstillbaren Erbrechens ist auch die Therapie äusserst mannigfaltig und willkürlich. Die grosse Anzahl der empfohlenen Mittel beweist eben, dass alle unsicher sind. Manche Mittel helfen nur einmal, wesshalb hier wohl durchweg spontane Heilung oder Suggestion anzunehmen ist; andere halfen einmal, ein andersmal nicht. Sogar bei ganz ähnlichen Fällen ist ein und dasselbe Mittel von entgegengesetztem Erfolg. Die Resultate sind oft geradezu unerklärlich. Einige Autoren, die die Schuld der Hyperemesis einer bestimmten Genitalkrankheit zuschreiben, suchen durch geeignete Behandlung der Genitalien dem unstillbaren Erbrechen Stillstand zu machen; andere, die das Grundleiden in Erkrankung des Magens resp. des Darmtraktus sehen, wollen durch passende Diät und Beseitigung des Magens eventuell Darmkrankheit gute Resultate erzielen; wieder andere Autoren sehen ihre Aufgabe in Verminderung der im Einzelfall bestehenden Erregung sensibler Bahnen, der Genitalsphäre, oder des Darmtraktus, durch Beseitigung etwaiger komplizierender Erkrankung, äussersten-falls durch Einleitung des Abortes.

Die Literatur über Hyperemesis grav. weist eine von so verschiedenen Überlegungen ausgehende Therapie nach, dass es nicht möglich ist, über diese Therapie in einer bestimmten Ordnung zu berichten. Einige Ärzte kamen mit rein diätetisch-symptomatischer Behandlung aus, andere mussten noch die medikamentöse dazu nehmen und hatten damit entweder keinen Erfolg, oder nach langem Tasten so, dass manche das Mittel, welches half, als Panazee anpreisen; andere hatten wieder nur von dem äussersten Mittel Erfolg gesehen — dem künstlichen Abort. — Das grösste Interesse bei der Therapie der

Hyperemesis grav. konzentriert sich auf die viel diskutierte Frage — ob und wann der künstliche Abort einzuleiten ist. Der günstige Effekt, welchen in einigen Fällen das Absterben der Frucht und dadurch erfolgte Unterbrechung der Schwangerschaft auf das Leiden ausübte, führte die Geburtshelfer zu dieser energischen Therapie.

Wenn wir die Krankheitsbilder jener Fälle, die tödlich endigten und bei denen eine Sektion gemacht wurde, durchsehen, so zeigen sie uns, dass das hartnäckige Erbrechen auch nach dem Abortus nicht immer nachlässt, weil der Körper durch eine nicht entdeckte oder nicht entdeckbare Krankheit, deren Keime die Frau schon in sich trug, bevor sie noch schwanger wurde — geschädigt war. Wenn also zu einer solchen Zeit die Entleerung der Gebärmutter nicht mehr hilft, so konnte man den operativen Eingriff auch nicht als indiziert erhalten. Ich entnehme als Paradigmata der Literatur Sektionsbefunde von 3 Fällen schwerer tödlich endigenden Hyperemesis gravidarum (Fälle von Zaborsky).

Fall I. Ludwig L. verheiratet, 20 J. I Grav. mens. III—IV. Wurde am 17. September 1898 aufgenommen. Die abgemagerte, entkräftete Frau erbrach seit zwei Monaten fortwährend und wurde augenscheinlich schwächer. Nach resultatloser Behandlung wurde am 1. Januar vormittags der künstliche Abortus eingeleitet. Die Frau starb noch am selben Tage abends. Pathologisch-anatomische Diagnose: Tubercul. dessiminata chron. in lobo sup. pulmon. utriusque; Bronchiectasie numeros. cylindr. form. cum bronchit. chron.; Degeneratio adip. epithel. renis et hepatis, subsequente ictero melioris gradus; Uterus p. abort. Corp. luteum ver. ovarii dextr. Anæmia univers.

Fall II. S. R. ledig, 22 J. II Grav. mens. VIII, wurde am 20. Sept. 1899 aufgenommen. Hat vor drei Jahren bei normal verlaufender Entbindung ein reifes Kind geboren. Das mittelgrosse, sehr abgemagerte blutarme Mädchen gibt an, dass ihr Leiden im Januar, als sie schwanger wurde, begann, dass sie oft erbricht, nach dem Essen im Magen einen Druck verspürt, sich ihr Magen öfters aufbläht und krampfhafte Schmerzen verursacht. Die Magengegend ist gegen Druck empfindlich, die peristaltische Bewegung derselben ist aussen sichtbar. Der Urin enthielt keine fremde Bestandteile. Da das Mädchen angab, dass sie einmal Blut ausgehustet habe, übertrugen wir sie am 30. September auf die interne Klinik, von wo sie am 21. September zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wieder in die äussere Klinik aufgenommen wurde. Sie gebar noch an demselben

Tage. Abgesehen von dem häufigen Erbrechen war das Wochenbett normal. Am 8. September überliessen wir die Behandlung wieder der internen Klinik, wo sie am 10. eine grosse Eiterschale, voll brauner kaffeeartiger Flüssigkeit erbricht. Salzsäureprobe — negativ; unter fortwährendem Erbrechen, zu dem sich noch eine bilaterale Parotitis mit hohem Fieber gesellte, starb sie am 20. September. Pathologisch-anatomische Diagnose: Adenocarc. antri pilorici c. strictura eiusdem. Dilatatio major. gradus ventric. Hyperæmia hepatis et renum. Parotitis bilateralis, Oedema glotidis. Status uteri p. part. Atroph. univers.

Fall III. T. L. verheiratet, 30 J. alt. I Grav. mens. IV. Aufgenommen am 20. September 1903. Gibt an, dass sie ca. 5 Wochen vor ihrer Aufnahme zu erbrechen angefangen habe. Seit 3 Wochen erbricht sie jede per os genommene Nahrung. Bricht täglich 8—10 mal, nebenbei besteht eine reichliche Salivation Bei der Aufnahme war die Vagina mittelweit, die Portio 1 cm lang, erweicht, der äussere Muttermund für die Fingerspitze offen; Uterus ante-flektiert und -vertiert, weich, abgerundet, der Fundus beinahe in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Über dem inneren Muttermund, zirka einen Finger lang über der linken Lig. uteri latum. ist ein haselnussgrosser, subseröser Myomknoten. Die Brüste sind gross, auf Druck sondern sie nichts ab. Die Reaktion der Urins schwach, sauer, Farbe dunkel, braungelb; er enthält weder Eiweiss, noch Zucker.

Strenge Milchdiät, täglich 2 mal Eingiessungen. Seit 30. September bekam sie 4 stündlich eine Eingiessung mit 300 cbcm 0,6% Kochsalzlösung und stündlich einen Esslöffel voll im Eis gekühltes Salvatorwasser mit Champagner; vom 2. Oktober gaben wir ausserdem noch täglich eine Hypodermoklysm. von 500 cbcm Kochsalzlösung; alles resultatlos. Der zum Konsilium gerufene Arzt der internen Klinik fand keine organische Veränderungen. Sie erbricht täglich 8—12 mal, ihr Magen verträgt keine Nahrung. Die Temperatur war normal, der Puls schwankte zwischen 92—104. Am 5. Oktober stopfen wir nach sorgfältiger Desinfizierung, die Cervix mit einem Jodoformstreifen, in der Meinung, durch die Erweiterung der Cervix entweder das Erbrechen aufhören, oder der Abortus beginnen werde. Nach dem Eingriff brach sie nachmittags 1 mal, nachts 2 mal. Am anderen Tage brach sie 1 mal, verspürte häufige Schmerzen; die Nacht verbrach sie sehr unruhig — erbrach ungefähr 10 mal.

Am 7. Oktober morgens Temperatur 38°, Puls 128. Ausgesprochener Ikterus. Die gelbe Farbe sahen wir an diesem Tage zum erstenmale. In Anbetracht des Fiebers und des hohen Pulses beendigten wir jetzt den Abortus Das brachte jedoch keine Besserung; die Frau erbrach oft, der Puls war auch beständig hoch, — zwischen 128—136. Der Exitus erfolgte am 9. Oktober. Pathologisch-anatomische Diagnose: Atrophia hepatis phlava. Degeneratio adiposa renum, parenchymatosa myocardii. Enteritis partis intimæ ilei. Erosiones mucosæ ventric. Status uteri p. abort. Corpus luteum verum. lat. dextr. Myoma uteri subserosum.

Auch die Statistik Conheims, aufgestellt zur Eruirung der Frage über den Wert des künstlichen Abortes bei unstillbaren Erbrechen, weist Resultate auf, welche den Arzt eher vom energischen Eingreifen abhalten, als ihn dazu aufmuntern. Sie umfasst 200 Fälle, bei denen nur in 40% das Erbrechen nach Ausstossung der Frucht sofort und vollständig aufhörte. Bei den restierenden 60% liess das Erbrechen nur unvollkommen nach in 26%; hörte überhaupt nicht auf in 18%; trat stärker auf in 4%; in 12% erfolgte kurz nach dem Aborte der Tod. Von den 40% Aborten waren 25% spontan erfolgt, 15% artifiziell gemacht worden.

Meiner Meinung nach verdient der künstliche Abort keine Empfehlung. Nehmen wir an, dass die Hyperemesis gravidarum nur eine Erscheinung der Hysterie oder einer sonstigen Neurose sei, so dürfen wir niemals die Gravidität unterbrechen, da Hysterie eine Neurose des ganzen Nervensystems ist, welche durch Operationen nicht zu heilen ist.

In der neuesten Zeit wurden wiederum von K. Baisch, aus der Univ.-Klinik in Tübingen 20 Fälle von Hyperemesis gravidarum beschrieben. Auf Grund des von ihm beobachteten Materiales will Baisch die Ursache des unstillbaren Erbrechens in drei wesentlichen Etapen für die Auflösung und Entstehung der Hyperemesis suchen: im Uterus, in den Zentralorganen und im Magen. Die hysterische, zentralbedingte Hyperemesis soll nach seiner Meinung die häufigste Form sein. Von 20 Fällen reiht er 15, also $^3/_4$ in diese Kategorie ein und betrachtet Bettruhe und Suggestion als die wirksamste und erfolgreichste Therapie. In 5 anderen Fällen, die er als stomachale und uterine Form der Hyperemesis bezeichnet, wurde künstlicher Abort eingeleitet. „Nur wenige Autoren — sagt der Verfasser — können sich rühmen niemals zur Einleitung des Aborts in der Behandlung der Hyperemesis genötigt gewesen zu sein.“ Zu diesen Autoren gehört in erster Linie Prof. v. Herff. Mögen die 17 Fälle von Prof. v. Herff aus der Basler Frauenklinik, ausgenommen Fall III, der von Prof. Bumm durch künstlichen Abort behandelt wurde — als erneuter Beweis dafür dienen, wie oft mit Hilfe der einfachen Suggestion

nach Kaltenbach sich das zu energische Schreiten zur radikalen Therapie entbehren lässt und wie oft die suggestive und diätetische Behandlung ihre glänzende Resultate zeigt.

Die medikamentöse Behandlung der Hyperemesis, hat wohl die meiste Verbreitung neben der diätetischen, welch letzterer man selbstverständlich fast durchweg eine Aufmerksamkeit schenkte.

Schröder hatte meist Erfolg von Brom natrium in Klysmen.

Wertheimer berichtet von einer 33-jährigen Frau, bei welcher nach Verordnung folgender Solution: (Natr. bicarb. 3,0. Kal. brom. 2.0. Ammon. brom. 1,0. Aq. dest. 120,0. Sirup. cort. aurant. 30,0. Stündl. 1 Essl.) hörte das Erbrechen unter Zunahme des Kräftezustandes auf. Erfolg mit Cocain hatten John Philipps, Schütze, Collin; mit Opium-Suppositorien Kehrer, Tuschkay. Sutugin preist am meisten Morphium, Cocain, Belladonna, dann auch Jod. Den besten Erfolg sah er nach Chlor. hydr. in Form von Klystieren. Letztere Methode ist auch bei Amerikanern eine der beliebtesten. Mit Menthol behandelte Gottschalk eine Kranke, bei welcher in der ersten Schwangerschaft das Erbrechen durch Einleitung und künstlichen Abort geheilt worden war, welche in der zweiten Schwangerschaft sogar Blut brach. Alle andern Mittel waren erfolglos. Es half Menthol (1,0 Solut. in Spirit. vini 20,0. Aq. dest. 150,0. Stündl. 1 Essl.) Nach dem dritten Löffel hörte das Erbrechen auf Patientin erholte sich schnell. Denselben Erfolg sahen Pizza, Rosa und Weil. Bei geringer Lungentuberkulose verordnete Kautzer für Phthisisbehandlung empfohlene Kreosotmixtur (Kreos. puris. 2,0. Spirit. vini 30,0. Tct. gentianæ, Extr. Coffein aa 10,0. Aq 100,0. 1 Essl. in Milch zu nehmen.) Schon nach Einnahme von 2 Esslöffeln hörte das Erbrechen auf. Denselben Erfolg hatten Lomer und Kleinwachter. Mit überraschendem Resultate gab Lomer auch Vini Ipecac. mehrmals 5 Tr. in Wasser und sodann Bitterwasser teelöffelweise zu nehmen. Eims machte erfolgreiche Anwendung von reiner Carbolsäure.

Schütze sah gute Wirkung von Aq. calcis. Papp erreichte bei einem Fall, wo die strengste Diät, in Eis gekühlte

Getränke, Opium, Morphium, Cocain, Brompräparat nicht zum Ziele führten, einen überraschenden Erfolg mit Ingluvin in Dosis von 0,5 gr. 3 mal tgl. ½ Stunde vor dem Essen. Unmittelbar nach Ingluvin wurden immer 2 Esslöffel voll 1% Acid. muriat. dilut. verabreicht. Frommel hat in 4 Fällen orexin. basic. in Dosis 0,3 2—3 mal tgl. in einer Oblate oder Gelatinkapsel verordnet. In sämtlichen Fällen war der Erfolg recht prompter. Nach Ansicht Kemhadjans wirkt Sauerstoff als reflexherabsetzendes Mittel und durch Einatmen von Sauerstoff 30—40 Ltr. pro die neben Verabfolgung von Trockenkost will er in 10 Fällen sehr guten Erfolg haben. Levis preist Santonin und Calomel. Rheinstädter milde Laxantia, bei Hydrämischen mit Eisen. Kirk empfiehlt Diuretica . .

Es würde keine Mühe machen, aus der Literatur noch hunderte und mehr andere Mittel zu entziehen, die doch nichts Positives über die Therapie bei Hyperemesis gravidarum sagen können. Alle diese berichteten überraschende Erfolge von Arzneimitteln sind meiner Ansicht nach sicher auf Suggestion zurückzuführen; alles hat fehlgeschlagen, nun wird der Patientin ein Mittel, als letztes, als unfehlbares angepriesen und es wirkt. Nicht die Arzneien, sondern die mit ihr verbundene Suggestion, die auch von der Persönlichkeit des Arztes abhängt, ist das wirksame Prinzip.

Dementsprechend ist jene Therapie, die von Kaltenbach bei Hyperemesis gravidarum angegeben ist, als die korrekteste anzusehen, als jene, mit welcher die meisten Resultate zu erreichen sind. Sie lautet: Die Behandlung muss sich in erster Linie gegen die Hysterie richten. In leichteren Fällen genügt genaue Regulierung der Diät, Anwendung von Elektrizität, Hydrotherapie, Bromkali, etc. In schweren Fällen muss die Kranke von ihrer oft sehr ungünstig einwirkenden Umgebung getrennt und durch Suggestion behandelt werden. — Abort dürfte daher bei einer geeigneten Behandlung immer zu vermeiden sein.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn *Prof. v. Herff* für die gütige Überweisung der Arbeit und für die mir erteilte Unterstützung bei Fertigstellung derselben meinen verbindlichsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Literatur.

Ahlfeld. Zentrbl. f. Gyn. 1891, XV.

Amer. Gyn. Ges. 1885. Jahresberichte über d. Fortschritt auf d. Gebiet d. Geburt u. Gyn. 1897, 561.

Baisch. Mntschr. f. Geb. u. Gyn. 1904, Bd. XX.
Berl. Klin. Wochenschr. 1907, Nr. 11.

Behm. Arch. f. Gyn. 1903, 69 Bd.

Becking. Zentrbl. f. Gyn. 1897.

Bumm. Grundriss z. Studium d. Geb. 1905.

Bürling. Dissert. 1904, Münch.

Chazan. Zentrbl. f. Gyn. 1891, Bd. XV.
„ „ „ 1896.

Clivio. Zentrbl. f. Gyn. 1902.

Dirmoser. Wiener Klin. 1897, 99, 903, Nr. XVI.
„ „ 1905. Nr. 4.

Dorf. Belg. Ges. f. Geb. u. Gyn. Brüssel.

Erismann. Diss. Bal 1890.

Fischel. Prag. med. Wochenschr. 1891.

Frommelsch. Jahresberichte 1896—1906.

Frommel. Zentrbl. f. Gyn. 1893.

Graef. Mntschr. f. Geb. u. Gyn. 1904, XX.

Giordani. Schmidts Jahresberichte Bd. 134 p. 196.

Geoffroy. Bull. de Therap. 15 Déc. 1897.

Gueniot. Des vomissements incoercibles pendant la grossesse. Thèse de Paris 1863 p. 75.

Gottschalk. Zentrbl. f. Gyn. 1890.

Kaltenbach. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1891, Bd. XXI.
„ „ „ 1891, Bd. XV.
Lehrbuch d. Geburtshilfe 1893.

Kaatzen. Zentrbl. f. Gyn. 1891.

Kehrer. Zentrbl. f. Gyn. 1896.

Keimler. Dissert. 1891.

Keinhadjian. Wiener med. Wochenschr. 1895, Nr. 1.

Klein. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1898, XXXIX.

Krönig. Zentrbl. f. Gyn. 1903, Nr. 43.

Lindemann. Zentrbl. f. Allg. Path. u. path. Anat., III Bd.

Muret. Deutsche med. Wochenschr., Bd. 19.
P. Müller. Handbuch f. Geburtshilfe, 1889 p. 913.
Pasternack. Dissert. Moskau, 1902.
Papp. Zentrbl. f. Gyn., 1889.
Philipps. Zentrbl. f. Gyn., 1888.
Rosenthal. Klin. Berl. Wochenschr., 1879, Nr. 36.
Rheinstadter. Zentrbl. f. Gyn., 1878.
Sims. Zentrbl. f. Gyn., 1878.
Schroeder. Lehrbuch d. Geburtshilfe, 1896.
Sutugin. Zentrbl. f. Gyn., 1884.
Schütze. Zentrbl. f. Gyn., 1887.
Tuszkay. Berl. Klin. Wochenschrift, XL.
Veit. Zentrbl. f. Gyn., 1904, Nr. 1.
Wertheimer. Zentrbl. f. Gyn., 1891.
Windscheid. Zentrbl. f. Gyn., 1900.
Winkel. Gyn. Ges. zu Dresden. Zentrbl. f. Gyn., 1881.
Willjams. Perniciosus vomiting of pregnancy. From the transactions of the Gynecological Society.
Zaborsky. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., 1904.
Zweifel. Lehrbuch d. Geburtshilfe, 1903 S. 215.